

Kokemuksia päihteiden sekakäyttäjien hoidosta

EEVA-LIISA PESOLA

Päihteiden sekakäytöksi kutsutaan kahden tai useamman psykoaktiivisen aineen yhtäaikaista päihdekäyttöä. Sekakäyttö ei ole varsinainen päihdeongelmaa kuvaava diagnostinen käsite, vaan sen piiriin voidaan sisällyttää hyvin erilaisia päihdekäyttäjien muotoja (Holopainen 2003). Päihteiden sekakäytön oleellisimpia kysymyksiä on se, millä tavalla riippuvuuspotentiaalia omaavat ja pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat eli PKV-lääkkeet sekakäytössä toimivat. Kysymys jakaa mielipiteitä sen mukaan, otaksutaanko PKV-lääkkeillä pyrittävän päihtymisen vahvistamiseen tai muunteluun vai katsotaanko niillä olevan hoidollisia tavoitteita. Koska lääkärien asema on lääkkeiden valinnassa ja määräämisessä keskeinen, on tietoisuus sekakäytön ja katumyynnin mahdollisuudesta jo pitkään tuntunut vastaanotto-tilanteissa kiusalliselta varsinkin silloin, kun potilaat ovat ilmaisseet voimakasta lääkehakuisuutta (Huttunen 1989). Sekakäyttäjät ja niiksi epäillyt potilaat ovat olleet lääkäreille ongelmallisia siitäkin syystä, että ei ole ollut tietoa heille parhaiten sopivista hoitopaikoista. He ovat joutuneet päihdehuollon ja psykiatrisen terveydenhuollon välimaastoon, ja vaarana on ollut pallottelu puolelta toiselle. Perusterveydenhuolto on pitänyt heidän hoitoaan itselleen liian vaikeana ja vaativana. Sekakäyttäjät ovat omasta puolestaan osoittautuneet lyhytjännitteisiksi ja keskeyttäneet hoitoyrityksiä. Toistuvat somaattiset ja psyykkiset kriisit ja myrkytystilat ovat olleet yleisiä. Sekakäyttäjillä kuten muillakin päihdeongelmaisilla on myös ollut usein vankilatuomioita.

Näistä syistä on ymmärrettävää, että sekakäyttäjien hoito on ollut pirstaleista ja pitkän aikavälin hoitosuunnitelmat vaikeita toteuttaa. Työ heidän parissaan ei ole houkutelut lääkäreitä eikä muitakaan hoidon ammattilaisia. Lääkärien

päivittäisen työn kannalta on tullut vastaan vielä kaksi seikkaa, jotka ovat aiheuttaneet torjuvaa asennoitumista sekakäyttäjien hoitoa kohtaan. Toinen niistä on ollut joutuminen valvontaviranomaisten erikoistarkkailuun PKV-lääkkeiden vuoksi (Rimpelä & al. 1993) ja toinen joutuminen Kelan selvityspyyntöjen kohteeksi sekä näiden samojen lääkkeiden että myös potilaiden työkyvyn arvioinnin vuoksi. Nämä seikat lausuntoineen, vastineineen ja kenties pettymyksiä aiheuttavine ratkaisuneen ovat vaatineet aikaa ja lisänneet työn kuormittavuutta.

Päihteiden sekakäyttäjien avohoidon tutkimushanke

Tavoitteet ja suunnitelma

Kun työnohjaajani, biologisen psykiatrian dosentti Matti Huttunen ehdotti minulle vuoden 1991 alussa ryhtymistä lääkäriksi päihteiden sekakäyttäjien avohoidon tutkimushankkeeseen, oli minulla jo kokemusta yleislääkärin päihdetyöstä ja tiesin joutuvani ristiriitojen sävyttämälle alueelle (Pesola 1997). Sekakäyttäjien avohoidolle ja sen tutkimiselle asetettiin käytännönläheisiä tavoitteita. Peruspilareina tulisivat olemaan potilas-lääkärisuhteet (Tähkä 1986) kuten muutenkin yleislääkärin työssä. Päihdetaustat otettaisiin erityisesti huomioon. Potilas-lääkärisuhteiden kautta etsittäisiin vastauksia seuraaviin kartoitettaviin kysymyksiin:

- Millaisia potilaita päihteiden sekakäyttäjät avohoidon yleislääkärille ovat?
- Mitä ominaisuuksia heistä aiempaa systemaattisemmassa avohoidossa löytyy?
- Mitä vaiheita he seurannan mukaan käyvät läpi?
- Kuinka heitä voitaisiin auttaa?

Hanke kohdistettiin sekakäytön yleisimpään muotoon eli rauhoittavia lääkkeitä ja unilääkkeitä (bentsodiatsepiineja) ongelmallisesti käyttäviin alkoholisteihin. Huumeiden käyttö näiden lisäksi ei olisi mukaantulon esteenä. Tavoitteeksi asetettiin noin 20 potilaan joukko, jota hoidettaisiin kahden vuoden ajan. Potilaille tehtäisiin jälkikysely viiden vuoden kuluttua aloittamisesta. PKV-lääkkeiden roolia sekakäytössä selviteltäisiin diagnostiikan ja lääkehoidollisen yhteistyön avulla.

Aloitin hankkeen laatimalla tutkimussuunnitelman. Työskentelin silloin päihdeyksikössä kotikalaisella lääkäriasemalla, joka oli lupautunut antamaan avohoitoprojektia varten työtilan ja tutkimusvälineitä. Esitin suunnitelman sosiaali- ja terveyshallituksen kehittämispäällikölle Juhani Lehdolle. Hän antoi syyskuussa vuonna 1991 puoltavan lausunnon, jossa oli useita arvokkaita kommentteja ja neuvoja. Lisää evästyä päihdetyöhön sain hänen samana vuonna julkaistusta laajasta tutkimuksesta (Lehto 1991).

Tutkimussuunnitelma hoitosopimusmalleineen oli yksityiskohtainen ja joustava. Tavoitteena oli, että tapaisiin potilaita vastaanotolla noin kuukauden välein ja liittäisin mukaan seurantatutkimuksia noin neljän kuukauden välein. Neuvottelin seurantatutkimuksista keskussairaalan, Kansanterveyslaitoksen ja kansanterveystieteen laitoksen kanssa, ja sovittiin seuraavasta yhdistelmästä:

- alkoholin suurkulutusta arvioivan seerumin GT-määritys (Kliinisten ..., 1991)
- virtsan laaja lääke- ja päihdeaineseulonta (Korte & al. 1990)
- elämänlaadun 15D-skaala (Sintonen & Pekurinen 1989).

Tapaamiskäynnit eivät todennäköisesti tapahtuisi aina tasaisin määrävälein vaan väliin tiheämällä, väliin harvemmalla frekvenssillä. Potilaiden joutuessa laitoshoitoihin tekisin heidän suostumuksellaan yhteistyötä laitosten kanssa. Avohoidon keskeyttäminen olisi sallittua, mutta olisi myös mahdollista palata siihen takaisin. Työnohjauskäynnit tapahtuisivat Helsingissä tilanteista riippuen muutaman viikon välein.

Tutkimushankkeen kulku

Tutkimushankkeen avohoitomahdollisuudesta informoitiin useita kanavia käyttäen sekä lääkäriaseman henkilökuntaa että muita paikallisia hoitotahoja Etelä-Kymenlaaksossa ja myös Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä toimivia johtoportaan lääkäreitä heille lähetetyllä hallintoylilääkärin kir-

jeellä. Ensimmäiset potilaat tulivat mukaan joulukuussa vuonna 1991, ja noin puolen vuoden rekrytoinnin aikana avohoitoprojektin aloitti yhteensä 21 potilasta. Yksi potilas oli jäänyt pois heti alussa, ja hänen tilalleen oli tullut toinen. Potilaat tulivat oma-aloitteisesti vastaanotolle, miettivät hoitosopimusta muutaman vuorokauden ajan ja allekirjoittivat sen sitten. Samalla sitouduin yhteistyöhön myös omalla nimikirjoituksellani. Potilaat kertoivat kuulleen hoitoprojektista toisilta potilailta, eikä kenelläkään ollut aloittamisvaiheessa suullista tai kirjallista lähetettä. Muutamat potilaat hankkivat myöhemmin itselleen terveyskeskuslääkärin kirjallisen lähetteen. Lähes kaikki tutkimuspotilaat olivat minulle tuttuja aiemman päihdetyöni ajoilta. Olin tavannut useimpia heistä vuoden 1991 aikana myös lääkäriaseman vastaanotolla ja tunsin heidän tilanteensa suhteellisen hyvin. Tiesin myös, että näillä potilailla oli ollut vaikeuksia löytää pysyvää avohoitosuhdetta muualta. Tarkistin alkoholismien kriteerit (Huttunen 1987) ja keskustelin ajankohtaisista lääke- ja huumeongelmista. Hyväksyin mukaan vailla karsintaa kaikki potilaat, jotka täyttivät rekrytointiin sovitut ehdot. Kuntarajat eivät vaikuttaneet valintoihin.

Pyrin noudattamaan avohoidossa tutkimussuunnitelmaan ja hoitosopimuksiin kirjattua ohjelmaa. Varsin pian havaitsin, että tarvitsin myös ennakoimattomia työmuotoja. Useimmat potilaat olivat fyysisesti ja psyykkisesti huonokuntoisia eivätkä voineet aina tulla vastaanotolle. Kotikäynnit ja tapaamiset muissa sovituihin paikoissa muodostuivat oleelliseksi osaksi potilaiden hoitoa. Matkapuhelimesta tuli välttämätön työväline. Monet potilaat ottivat hoitoon mukaan läheisiä ihmisiään, ja tapasin usein heitä yhtäaikaaisesti. Muutamien potilaiden kesken muodostui spontaaneja pienryhmiä, ja he tulivat yleensä yhdessä tapaamiskäynneille. Laadin kuitenkin kaikille potilaille hoidosta henkilökohtaiset prosessikuvaukset. Tarvitsin paljon koordinoivia tietoja muista hoitopaikoista. Pyrin keskittämään niiden hankkimista mahdollisimman paljon. Useimmat potilaat olivat ja olivat olleet toistuvasti hoidettavana keskussairaalassa, ja käynnit sen arkistossa vakiintuivat tärkeäksi työmuodoksi. Käytin tietojen hankintaan potilaiden ensimmäisten kaksivuotiskausien aikana hoitosopimusten kopioita, sitten heidän allekirjoittamiaan uusia lupia.

Vuoden 1992 lopulla kävi ilmeiseksi, että taloudellisesti tuottamaton hoitoprojekti oli muo-

dostumassa rasitteeksi lääkäriasemalle. Luovuin työtilastani maaliskuussa vuonna 1993. Työn hallinta alkoi nopeasti vaikeutua, ja projekti jouduttiin ennen pitkää keskeyttämään. Kaikki tutkimuspotilaat olivat silloin vielä elossa, ja ohjasin heitä mahdollisuuksieni mukaan muualle hoitoon.

Onnistuin perustamaan oman vastaanottoyksikön Haminaan vuoden 1993 syksyllä. Sen puitteissa avohoitoprojekti voitiin saattaa loppuun, mutta tutkimusohjelmaa jouduttiin muuttamaan. Tarjosin potilaille mahdollisuutta seurantatarkastukseen noin kahden vuoden kuluttua aloittamisesta. Kaksi potilasta oli tällä välin kuollut. Taivoitin tarkastukseen 16 silloin elossa olevista 19 potilaasta. Potilaat saattoivat palata avohoitoon, mutta siihen ei enää liittynyt määräaikaista tutkimuksia. Lähes kaikki heistä kävivätkin Haminan vastaanotolla joko yksittäisillä käynneillä tai uusilla avohoitojaksoilla. Kutsuin potilaat lopputarkastuksiin noin viiden vuoden kuluttua aloittamisesta. Niihin liittyivät kliinisen tutkimisen ohella seerumin maksarasitustutkimus (vrt. Kelan koodi 835), alkoholin kulutusta arvioiva AUDIT-pisteytys, virtsan laaja lääke- ja päihdeaine-seulonta, lyhyt kartoitettava depressiopisteytys, elämänlaadun 15D-mittaus sekä nauhoitettu vapaa-muotoinen haastattelu, jossa potilaat kertoivat kokemuksiaan ja mielipiteitään päihdehoidoista ja päihdeongelmien ehkäisy mahdollisuuksista. Tässä vaiheessa oli vielä kolme muuta potilasta kuollut. Lopputarkastukseen tuli 11 silloin elossa olevista 16 potilaasta. Sain lisäksi suppeita tietoja kolmesta potilaasta. Kahden potilaan silloinen tilanne jäi kokonaan avoimeksi. Avohoitoprojekti päättyi vuoden 1997 lopussa.

Lopputarkastuksia suunniteltaessa oli työnohjaajani ehdottanut jatkohanketta, jossa selvittelisin takautuvasti tutkimuspotilaiden laitosjaksoja. Olin laatinut sitä varten suostumusmallin ja esitin sen potilaille lopputarkastusten yhteydessä. Kaikki 11 potilasta allekirjoittivat suostumuksen, joka oli takautuvien tietojen hankkimisen osalta voimassa vuoden 2001 loppuun. Aloin purkaa asteittain vastaanoton toimintaa ja lopetin potilastyöni kokonaan tammikuussa vuonna 1999. Siirsin potilasarkistoni Etelä-Suomen lääninhallituksen luvalla erillisarkistoksi Karhulan terveysasemalle. Viranomaisvalvontani päättyi huhtikuussa vuonna 2001 tulleeeseen loppulauseentoon.

Millaisia potilaita sekakäyttäjät olivat?

Taulukossa 1 on kooste 21 tutkimuspotilaan aiemmista ja ajankohtaisista tiedoista, jotka katsoin avohoitoa aloitettaessa tärkeimmiksi selvittelyn aiheiksi. Koosteesta käy ilmi, että potilaat olivat käyttäneet päihteitä pitkään ja olivat monin eri tavoin syrjäytyneitä.

Avohoitoa aloitettaessa olin hyvin tietoinen siitä, että sekakäyttäjät ovat erityisen alttiita kriisitilanteille ja että terveydentilan äkillisen heikkenemisen vaara oli periaatteessa läsnä lähes jokaisella tapaamiskäynnillä. Varauduin päivystysluonteiseen auttamiseen olemalla pitkiä aikoja tavoitettavissa myös iltaisin ja viikonloppuisin. Vastaaanotolle oli matala kynnyks, ja sinne voi tulla äkillisten oireiden vuoksi ilman ajanvarausta. Voin myös lähteä tarvittaessa nopeasti kotikäynnille. Kriisitilanteissa pyrin arvioimaan ja neuvottelemaan, oliko potilas syytä lähettää eteenpäin vai voinko jäädä tarkkailemaan häntä omalla vastaanotollani tai potilaan kotona. En voinut kuitenkaan luonnollisesti olla aina tavoitettavissa, ja monet potilaat hakeutuivat ensiapuluonteiseen hoitoon myös muualle kertoen tapahtumista minulle myöhemmin. Jouduin joskus arvioimaan potilaiden kliinistä tilaa yllättävissä olosuhteissa ja vähin välinein. Alkometriä ei ollut käytettävissäni missään vaiheessa.

Ensimmäisten hoitosopimusten ja projektin avohoidon päättymisen välisten kuuden vuoden aikana tapasin tutkimuspotilaita yhteensä 827 kertaa, ja tapaamiskäyntien yhteenlaskettu pituus oli noin 1 000 tuntia. Tapaamiskertojen potilas-kohtainen vaihteluväli oli 9–113 kertaa. Kaikista tapaamiskerroista noin 600 tapahtui vastaanotolla, muut noin 200 kertaa useimmin potilaan kotona, joskus myös hänen omaistensa tai ystäviensä luona, sairaalassa tai muussa laitoksessa. Tapaamiskäynnit jakautuivat vaihtelevan pituisiksi hoitokausiksi sekä väljaksoiksi, joiden aikana käyntejä joko ei ollut lainkaan tai niiden aiheena oli jonkin yksittäisen ajankohtaisen ongelman selvittely. Puhelinkontakteja oli yhteensä noin 1 300, ja ne tapahtuivat yleensä potilaiden aloitteesta. Sekä käyntien että puheluiden keston vaihteluvälit olivat suuria, muutaman minuutin neuvotteluista pitkiin keskustelu- ja/tai tutkimis- ja tarkkailukäynteihin saakka. Tapaamiskertojen ja puheluiden kokonaismäärästä noin 60 prosenttia ajoittui potilaiden ensimmäisille kaksivuotiskausille. Potilaat suhtautuivat myönteisesti määräai-

Taulukko 1. 21 tutkimuspotilaan taustatietoja avohoitoprojektin aloittamisvaiheessa

Ikä	Keskiarvo 36,4 vuotta	
Sukupuoli	Mies	18
	Nainen	3
Siviilisäät	Naimaton	7
	Avoliitossa	3
	Avoliitossa	4
	Eronnut	7
Asuminen	Omaisten asunto	3
	Vuokra-asunto	14
	Asuntola tai asunnoton	4
Ammatti	Ammattikoulu tai -opistotaso	8
	Työharjoittelun kautta saatu ammatti	7
	Ei ammattia	6
Työtilanne	Satunnaisia töitä	1
	Työtön	11
	Sairauslomalla	2
	Määräaikaisella eläkkeellä	4
	Pysyvällä eläkkeellä	3
Rikollisuustilanne	Aiemmin vankilassa	9
	Oikeuskäsittely vireillä	8
Päihteiden käyttö	Alkoholismien kesto keskimäärin 13 vuotta	
	Aiempaa huumeiden käyttöä	3
	Ajankohtaista huumeiden käyttöä	5
	Huumeekokeiluja	4
	Kokemusta korvikealkoholeista	6
Lääkkeiden käyttö	Lääkeongelmien kesto keskimäärin 10 vuotta	
	Bentsodiatsepiiniriippuvuus: todennäköinen	16
	mahdollinen	5

kaisiin seurantatutkimuksiin. Verinäytteitä kertyi yhteensä 97, virtsanäytteitä 90 ja elämänlaadun 15D-mittauksia 75. Pakastettuina säilytetyistä seerumeista tutkittiin myös alkoholin suuri- kulu- tusta arvioiva CDT%-määritys (Viitala & al. 1998) tammikuussa vuonna 1999 niiltä potilail- ta, joiden näytteistä oli muodostunut aikasarja.

Yleislääkärin tapaan pyrin aluksi kokoamaan potilaiden kaiken avohoitolääkityksen omiin kä- siini. Toivoin samalla, että yksityiskohtainen neu- vonpito lääkahoitojen periaatteista voisi muuttaa potilaiden asennoitumista riippuvuutta aiheutta- viin lääkkeisiin. Vahvoja kipulääkkeitä en tutki- muspotilaille käyttänyt, en myöskään alkoholis- min estolääkkeitä. Bentsodiatsepiinien suhteen tavoittelin annosten tasaamista ja hidasta lopetta-

mista tai vähentämistä pienimmälle vielä autta- valle tasolle, mikäli niiden käytön jatkaminen oli diagnostisesti perusteltavissa. Otin huomioon lääkkeiden keskinäiset yhteisvaikutukset, tole- ranssi-ilmiöt ja allergiat sekä lääkkeiden hinnat ja potilaiden hoitomyöntyvyyden. Jos potilaat ker- toivat saavansa lääkeshoidon muualta, neuvotte- lin yhteisymmärryksessä heidän kanssaan pääl- lekkäisten reseptien välttämistä.

En yleensä uusinut omia PKV-reseptejäni vaan kirjoitin ne uudelle lomakkeelle ja otin niistä Ha- minan vuosina itselleni kopiot. Varustin reseptit uusimisen kieltävällä ne repete -merkinnällä vih- jeeksi siitä, että näiden lääkkeiden rutiinimaista jatkokäyttöä tulisi muualla erityisen tarkkaan har- kita. Vältin kirjoittamasta reseptejä potilasta nä- kemättä aina, kun se oli mahdollista. Postitse, pu- helimitse ja uudelleen toimitettaviksi määrätty- jen reseptien osuus kaikista resepteistä oli noin 5 prosenttia. Potilaat hankkivat lääkkeet omalla kustannuksellaan apteekeista. Vastaanotolla oli hyvin pieni ensiapulääkevalikoima. Kaikista ta- paamiskäynneistä noin 51 prosenttia oli sellaisia, joihin ei liittynyt PKV-reseptejä, ja noin 47 pro- senttia sellaisia, joihin ei liittynyt mitään resepte- jä. PKV-reseptikerroista noin 70 prosenttia ajoit- tui potilaiden ensimmäisille kaksivuotiskausille. Lääkehävikkeistä oli maininta 11 potilaan kohdal- la yhteensä 17 kertaa. Kyse oli yleensä 10–30 tab- letin eristä, ja hoitosuhde saattoi jatkua muutamia poikkeustilanteita lukuun ottamatta.

Potilaiden asunnot tulivat tutuiksi sekä kriisi- käyntien että kiireettömämpien vierailutyypis- ten käyntien yhteydessä. Paikalla oli useimmiten myös omaisia, ystäviä tai naapureita. Kotikäyntien määrä potilasta kohti riippui eniten asuinpaikan ja vastaanoton välisestä etäisyydestä, mutta saa- toin matkustaa kaukaisillekin paikkakunnille, jos potilas muutti projektin aikana muualle. Tutus- tuin ainakin kerran kaikkien niiden potilaiden kotioloihin, joilla oli pysyvästi tai jossakin vai- heessa oma koti. Monet potilaat joutuivat eri syis- tä vaihtamaan asuntoa, joskus montakin kertaa, ja minulla oli tilaisuus tehdä havaintoja siitä, muut- tuivatko asumisolosuhteet parempaan vai huo- nompaan suuntaan. Arvioin tässä suhteessa tär- keimmäksi sen seikan, oliko potilaan mahdollista halutessaan rauhoittaa kotinsa ulkopuolisilta kä- vijöiltä vai ei. Pitkäkestoinen asunnottomuus oli potilaille äärimmäisen kuluttavaa, eivätkä he kyenneet sen päätyttyäkään tuntemaan asunto- aan kodiksi.

Potilaiden omaiset ja muut läheiset olivat minulle osittain tuttuja jo ennen avohoitoprojektia, mutta he eivät aina tulleet siihen mukaan. Projektin päättyessä vuoden 1997 lopussa oli 13 potilaan omaisista yksi tai useampi osallistunut yhteistyöhön. Muiden potilaiden omaisiin joko en ollut tutustunut lainkaan tai he olivat pidättäytyneet mukaantulosta. Yhteistyö omaisten kanssa alkoi yleensä potilaiden aloitteesta. Aikaa myöten tutustuin melko usein kahden ja joskus kolmenkin omaissukupolven edustajiin.

Pitkät tarkkailukäynnit tarjosivat mahdollisuuksia luontevaan vuorovaikutukseen potilaiden kanssa tilavalla kodinomaisella vastaanotollani Haminassa tai heidän omilla reviireillään. Samalla syntyi usein pitkiä pohdiskelevia keskusteluja. Niiden yhteydessä potilaat kertoivat spontaanisti varsin paljon myös tekemistään rikoksista ja niiden käsittelystä sekä asenteistaan rikollisuuteen. Kun tein havaintoja osallistuessani potilaiden jokapäiväisiin tapahtumiin, saatoin tavoittaa potilaiden tunnetiloja. Ne tulivat tietoisuuteeni ”tarttumisen” eli affektiresonanssin kautta (Huttunen 1997). Niiden sanoman miettiminen ja vertaaminen aiempiin tai myöhempisiin tapahtumiin hoitosuhteen aikana tuntuivat lisäävän ymmärrystä potilaan psyykkisiä kipupisteitä kohtaan. Monet potilaat kärsivät ajoittain hyvin voimakkaasta ahdistuneisuudesta, ja silloin läsnäolo ja arkinen keskustelu, jopa täydellinen hiljaisuus, voivat tyyntyttää potilasta paremmin kuin verbaliset tulkintayritykset (Huttunen 1993).

Potilaiden laitoshoidot

Tutkimuspotilaat olivat saaneet paljon erilaisia hoitoja ennen avohoitoprojektin aloittamista, ja niin tapahtui myös projektin aikana. Vaikka olin hankkinut paljon koordinoivaa tietoa, ei minulla ollut aukotonta kuvaa kaikesta potilaiden saamasta hoidosta. Sekä työnhajaajani että loppu-tarkastuksissa haastatellut potilaat olivat kiinnostuneita avohoidon ja laitoshoidojen välisistä suhteista. Laitoshoidojen tarkempi takautuva selvittely voisi olla mahdollista hyödyntämällä viranomaisrekistereitä ja potilaiden allekirjoittamia suostumuksia.

Potilaiden kokonaishoito muodostuu yleensä avohoidoista ja laitoshoidoista. Jos jompaakumpaa aletaan toteuttaa uudella tavalla, voidaan olettaa, että se heijastuu jotenkin myös toi-

seen hoitotyyppiin. Omassa työssäni muuttui avohoito, sillä siinä menttiin sekakäyttäjäpotilaita ikään kuin vastaan, aiemman torjuvan asennoitumisen sijaan. Koska hoito- ja seuranta-ajat olivat suhteellisen pitkiä ja kokemuksia oli kertynyt runsaasti, tuntui laitoshoidojen selvittely avohoidon puolelta arvioituna mielekkäältä: etsisin mahdollisia heijastumia laitoshoitoprofileihin.

Työ edellytti laitoshoidojen kartoittamista avohoidoa edeltävältä ja sen aloittamisen jälkeiseltä ajalta. Tutkimuspotilaiden ongelmat olivat kroonisia jo avohoitoon tullessa, joten todennäköisesti tarvittaisiin pitkien ajanjaksojen selvittelyä. Toisaalta ongelmaksi tulisi silloin se, että hoitokäytännöissä ja monissa muissa aiheeseen liittyneissä seikoissa olisi ehtinyt tapahtua muutoksia, joihin ei ollut voitu vaikuttaa yksilötasolla ja joiden hahmottaminen tulisi olemaan hyvin vaikeaa. Päädyin lopulta siihen, että yrittäisin kartoittaa laitoshoidoja vuosilta 1987–1997 eli 11 vuoden ajalta, jolloin aktiivisimman avohoitovuoden 1992 molemmiin puolin olisi yhtä pitkä viiden vuoden ajanjakso.

Laitoshoidojen selvittelyä varten tarvitsin uusia tutkimuslupia. Kymenlaakson sairaanhoitopiiriin eettinen toimikunta hyväksyi sosiaali- ja terveysministeriölle laatimani tutkimussuunnitelman elokuussa vuonna 1999, ja ministeriö myönsi tutkimusluvan huhtikuussa vuonna 2000. Sain sen jälkeen poisto-/hoitoilmoitusten rekisteritiedot Stakesin kautta. Sosiaalihuollon laitokset olivat tulleet vuoden 1995 alusta rekisteröinnin piiriin (Salmela 1996), ja tätä edeltäviltä vuosilta olivat sosiaalihuollon hoitotiedot saatavissa vain poimimalla ne ministeriön luvalla laitosten asiakasasiapapereista. Tein tätä työtä keväällä vuonna 2001 laitosten valitsemien yhteyshenkilöiden opastuksella. Käytettävissäni oli silloin myös A-klinikkasäätiön joulukuussa vuonna 2000 myöntämä tutkimuslupa. Tarkistin samalla vuoden 1995 tiedot, koska siltä vuodelta löytyi yllättävän vähän laitoshoidoja Stakesin kautta. Työn aikana kävikin ilmi, että sosiaalihuollon hoitoilmoitusten rekisteröinti oli käynnistynyt vähitellen ja todelliset määrät olivat paljon suurempia. Useiden potilaiden kohdalla löytyi muitakin poikkeamia rekisteritilosteisiin nähden, mutta niiden osuus oli vähäinen. Jos ristiriitaa oli, käytin laskelmissa alkuperäisten asiakasasiapapereiden tietoja. Työnhajaajan ehdotuksesta käännyin myös oikeusministeriön puoleen ja tiedustelin mahdollisuutta saada tutustua tutkimuspotilaiden vankila- ja ri-

Taulukko 2. 21 tutkimuspotilaan kaikkien laitoshoidojaksojen ja laitoshoitovuorokausien lukumäärät sekä jaksojen keskimääräiset pituudet aikavälillä 1987–1997 jaoteltuina neljälle osa-alueelle ja yhteenlasketuina erikseen terveydenhuollon ja sosiaalihuollon alueelta

	Laitoshoidojaksot	Laitoshoitovuorokaudet	Laitoshoidojaksojen keskimääräiset pituudet vuorokausina
Somaattinen terveydenhuolto	103	604	5,9
Psykiatrinen terveydenhuolto	68	1 100	16,2
Terveydenhuolto yhteensä	171	1 704	10,0
Sosiaalihuollon katkaisuhoido	326	1 509	4,6
Sosiaalihuollon kuntoutushoido	100	3 241	32,4
Sosiaalihuolto yhteensä	426	4 750	11,2
Kaikki yhteensä	597	6 454	10,8

kosrekisteritietoihin. Vankien terveydenhuolto on oikeusministeriön alaista toimintaa. Vankilassa ollessaan potilaat eivät voineet olla muun hoidon tavoitettavissa. Sain pyytämäni rekisteritiedot syyskuussa vuonna 1999 ja hävitin ne joulukuussa vuonna 2000.

Selvitykseni mukaan tutkimuspotilaat olivat vuosina 1987–1997 yhteensä 30 eri hoitolaitoksessa, jotka sijaitsivat eri puolilla maata. Sosiaalihuollon laitoksia oli niistä 10, somaattisen terveydenhuollon laitoksia 13 ja psykiatrisen terveydenhuollon laitoksia 7. Hoitojaksoja kertyi yhteensä 597 ja hoitovuorokausia yhteensä 6 454. Jaottelin jaksot ja vuorokaudet neljään ryhmään siten, että laskin terveydenhuollon puolelta erikseen somaattisen ja psykiatrisen hoidon tiedot ja sosiaalihuollon puolelta erikseen katkaisuhoidon ja kuntoutushoidon tiedot. Taulukossa 2 nähdään näin saadut luvut sekä hoitojaksojen keskimääräiset pituudet. Hoitojaksojen mukaan arvioituna oli vähiten psykiatrisia hoitoja ja eniten katkaisuhoidoja, kun taas hoitovuorokausien mukaan arvioituna oli vähiten somaattisen terveydenhuollon hoitoja ja eniten sosiaalihuollon kuntoutushoitoja. Kokonaisuudessaan potilaiden laitoshoidot painottuivat sosiaalihuollon reviiirille. Suurin osa laitoshoidoista tapahtui Etelä-Kymenlaakson alueella. Laitoshoidojen lisäksi potilailla oli samalla aikavälillä yhteensä 41 vankilajaksoa, joista kertyi 3 624 vankilavuorokautta.

Kaikki potilaat olivat hoidettavina ainakin josakin taulukossa 2 mainituista neljästä osa-alueesta, mutta vain puolet heistä (11 potilasta) oli hoidettavana sekä somaattisen että psykiatrisen terveydenhuollon laitoksissa ja myös sosiaalihuollon katkaisu- ja/tai kuntoutuslaitoksissa. Laitoshoidojaksojen yhteenlaskettu potilaskohtainen vaihteluväli oli 3–67 ja laitoshoitovuorokausien

vastaava vaihteluväli oli 6–949. Vankilajaksoja oli 9 potilaalla, ja niiden pituuksien yhteenlaskettu potilaskohtainen vaihteluväli oli 93–1 161 vuorokautta.

Tarkasteltaessa laitoshoidojen ajallisia vaihteluita laskin yhteen kaikkien potilaiden laitoshoidojaksot ja -vuorokaudet vuosittain ja jaottelin ne erikseen koko sosiaalihuollon ja koko terveydenhuollon tietoihin. Kuviossa 1 nähdään näin saadut käyrät hoitojaksoista ja kuviossa 2 vastaavat käyrät hoitovuorokausista. Sosiaalihuollon hoitoja oli kaikkina 11 vuotena enemmän kuin terveydenhuollon hoitoja, ja niiden vuosittainen vaihtelu oli suurempaa. Myös hoitojaksojen pituuksien keskimääräinen vaihtelu oli suurempaa sosiaalihuollon kuin terveydenhuollon laitoshoidoissa. Sosiaalihuollon hoitojaksojen määrässä oli huippu vuonna 1991 ja hoitovuorokausien määrässä oli huippu vuonna 1992. Laitoshoitovuorokausien yhteenlaskettu kokonaismäärä oli matalimmillaan vuonna 1996. Laskin lisäksi vankilavuorokausien vastaavat vuosittaiset jakaumat. Niissä oli ensimmäinen huippu vuonna 1991 (570 vuorokautta), toinen huippu vuonna 1995 (446 vuorokautta) ja matalin luku vuonna 1993 (152 vuorokautta).

Avohoidojaksojen ja laitoshoidojaksojen välisten suhteiden perusteellisempaa tarkastelua varten laadin jokaisesta potilaasta 11 vuotta käsittävät aikaruudukot, jotka visualisoivat potilaiden vaihteita. Otin samalla huomioon laitoshoidojen sisällöstä hankkimani tiedot ja avohoidon kokemuseräiset tiedot. Tällainen selvittely viittasi siihen, että päivystysluonteisia sisäänottoja terveydenhuollon laitoksissa oli projektin avohoidon aikana enemmän ja katkaisuhoidoja sosiaalihuollon laitoksissa saman verran kuin ilman avohoidoa ja että laitoshoidot eivät keskeytyneet juuri lainkaan,

jos niihin liittyi välittömästi avohoitokäyntejä. Yli kuukauden kestäneiden yhtenäisten, koko ajan samassa laitoksessa tapahtuneiden hoitojaksojen hoitovuorokaudet ajoittuivat pääosin avohoitoprojektin aloittamisen jälkeisille vuosille. Ennen projektia niihin sisältyi yhteensä 302 vuorokautta, aloittamisen jälkeen yhteensä 890 vuorokautta. Muutamien potilaiden kohdalla toteutettiin seuranta-ajan loppupuolella myös intervallityyppisiä laitoshoitaja. Yleisarviona tästä tarkastelusta havaitsin, että jatkohankkeen aikana saamani tietojen ja potilaiden kertomien tietojen välillä oli varsin vähän eroavaisuuksia.

Potilaiden toipuminen ja kuntoutuminen

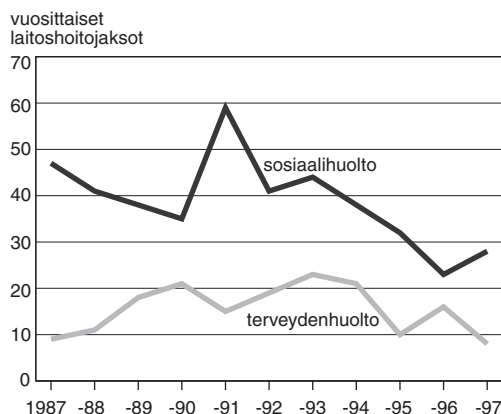
Potilaat olivat avohoitoprojektiin tullessaan kiinnostuneita hoidostaan, ja sama vaikutelma säilyi ensimmäisen toimintavuoden ajan. Arvioin vuoden 1992 lopulla yhdessä useimpien potilaiden kanssa heidän kokonaistilannettaan ja päädyimme siihen, että se oli menossa parempaan suuntaan noin puolella heistä. Noudatin arvioinnissa samantapaista käytäntöä, josta olin saanut jonkin verran kokemusta toimiessani lääkärinä A-klinikalla vuosina 1988–1990. Siellä käytetyn moniportaisen asteikon muutin kolmiportaiseksi (parempi, ennallaan, huonompi).

Kun toiminta alkoi uudelleen syksyllä vuonna 1993 projektin oltua keskeytyneenä noin puolen vuoden ajan, oli osa potilaista löytänyt hoitosuhteen muualta. Monilla potilailla kunto oli niin huono, että he eivät kyenneet tulemaan kaksivuotistarkastuksiin vastaanotolle, ja silloin tekemistäni 16 seurantatarkastuksesta tapahtui 8 potilaiden kotona. Tarkastuksiin liitetyt laboratorio-tutkimukset viittasivat siihen, että 11 potilaalla oli ajankohtaista alkoholin käyttöä ja 9 potilaalla bentsodiatsepiinien käyttöä. Merkkejä molempien käytöstä oli 9 potilaalla.

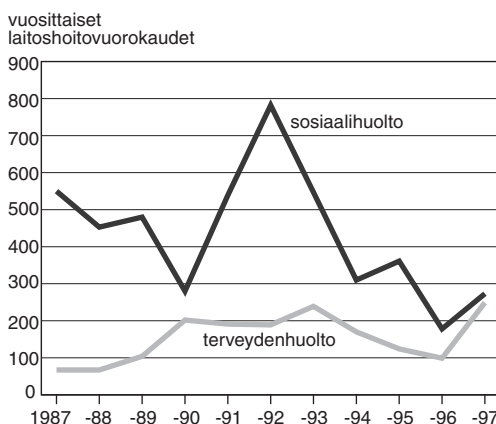
Avohoitoprojektin kuuden vuoden aikana kuoli viisi potilasta. Kuolemat tapahtuivat vuosina 1993–1995. Kuolinsyistä en saanut dokumentoitua tietoa, mutta tulin tietämään kuolinpäivät. Eri tahoilta saamani suullisten tietojen mukaan kaikki kuolemantapaukset liittyivät tavalla tai toisella päihteyksiin.

Lopputarkastuksiin saakka mukana olleista 11 potilaasta lähes kaikilla oli vakiintunut hoitopaikka terveyskeskuksessa, A-klinikalla tai psykiatriassa avohoidossa. Kaikki lopputarkastukset teh-

Kuvio 1. 21 tutkimuspotilaan yhteenlasketut laitoshoitajaksot sosiaalihuollon ja terveydenhuollon laitoksissa 1987–1997



Kuvio 2. 21 tutkimuspotilaan yhteenlasketut laitoshoitovuorokaudet sosiaalihuollon ja terveydenhuollon laitoksissa 1987–1997



tiin vastaanotolla. Arvioin silloin kokonaistilanteen paremmaksi kuin alussa 9 potilaalla ja huonommaksi kuin alussa 2 potilaalla. Arvioin heidän ajankohtaista alkoholin käyttöönsä yhdistämällä kliiniset havainnot seuranta-tutkimuksiin, ja siitä oli viitteitä 7 potilaalla. Käyttö oli kuitenkin hallitumpaa kuin alussa. Bentsodiatsepiineja käytti lopputarkastusten aikaan 9 potilasta. Osa heistä kertoi pitäneensä myös taukoja tässä lääkityksessä, mutta päätyneensä aloittamaan sen uudelleen. Bentsodiatsepiinihoito oli vakiintunutta ja annokset selvästi pienempiä kuin alussa, ja se oli osana muussa psykiatrisessa lääkityksessä 5 potilaalla. Muutamat potilaat mainitsivat huumanneensa, että pienempi annos bentsodiatsepiineja tai vain tar-

vittaassa otettava lääke auttaa yhtä hyvin tai paremmin kuin jatkuva suuriannoksinen hoito. Viitteitä sekä alkoholin että bentsodiatsepiinien käytöstä löytyi tässä vaiheessa 6 potilaalta.

Näillä 11 potilaalla oli ollut ennen lopputarkastuksia yhteensä lähes 4 000 laitoshoitopäivää laskettuna vuoden 1987 alusta. Heistä neljällä oli ollut laitoshoitaja huomattavasti keskimääräistä vähemmän. Kaikki heistä olivat osallistuneet aktiivisesti projektin avohoitoon. Siihen liittyneitä tapaamiskäyntejä oli ollut yhteensä noin 550. Neljällä potilaalla oli ollut projektin avohoidossa yhden tai useamman vuoden tapaamistauko.

Kaikki potilaat keskittyivät lopputarkastuksien haastatteluihin hyvin ja kertoivat kokemuksistaan monipuolisesti. Nauhoitusten kesto aika vaihteli 20 ja 60 minuutin välillä. Lapsuudenkodin vaikutusta päihteiden käytön alkamiseen ja jatkumiseen pidettiin tärkeänä. Eniten keskusteltiin alkoholismien sekundaari- ja tertiääripreventiosta. Kaikki potilaat korostivat voimakkaasti yksilöllisten tekijöiden huomioon ottamisen merkitystä hoitosuunnitelmia tehtäessä ja toteutettaessa. Avohoidon ja laitoshoidon yhdistäminen, laitoshoidon oikea ajoitus, riittävä pituus ja hoito-henkilökunnan toiveikkautta ylläpitävät asenteet nousivat keskeisiksi toipumista ja kuntoutumista edistäviksi seikoiksi. Seuraavassa on katkelma erään tutkimuspotilaan tätä aihetta sivuavasta keskustelusta. Olin esittänyt avoimen kysymyksen siitä, millainen hoito voisi auttaa hänen tapaisiaan potilaita:

Potilas: Niin no ainakin sekakäyttäjillä, tuota ni, laitoshoidon, mutta ei liian lyhyt, vähintään 2–3 kuukautta. Jos on pitempään käyttänyt tuota ni, on kokemusta että ensimmäinen kuukaus menee pelkästään siihen, että ni fyysinen kunto kohoaa, mutta tuota ni, yläkerta ei tuu kuntoon kyllä.

Lääkäri: Toiset oli maininneet vielä pitempiä määriä.

P: No, mulla oli se kuukaus, sehän nyt vaihtelee ihmisittäin et, mutta vähintään se kuukaus menee, että pystyy ajatteleen niinku suht koht selkeesti.

L: Siis siun mielestä on ilman muuta tää järjestys niin et fyysikka tulee kuntoon ensin ja sitten vasta muu.

P: Tulee, joo.

L: Millä tavalla sie erotat sen?

P: No, mul on fyysikkaa, huomaa sen siit et mul on pohjakunto sen verran parempi elikkä se et lenkkeilee ja harrastaa nyt mitä harrastaa sitten ni, urheiluu ni, se tulee joustavammin, sit taas yläkertaan että ni siin on kaiken näkösiä paineita, funtsailee, on tekemättömiä asioita, velat painaa päälle, kaikkii mahdollist et se rassaa yläkerta.

Toisaalta osa haastatelluista potilaista suhtautui kuntoutuslaitoshoidoihin ennakoluuloisesti sen

perusteella, että muille niistä ei aina näyttänyt olevan hyötyä:

P: No mitäs tuota niin hyödyttää jos se on laitokses, se syö ittesä kuntoon ja lähtee sama kierre päälle.

L: Niin usein sanotaan. Mut sitte on toiset sanonu, että jos laitoshoido on riittävän pitkä.

P: No miä oon nähnyt, on pitkii kuus kuukautta ja yheksän kuukautta ni hetiko ne pääsee pois, ni silloin ensimmäinen jätkä soppapullon kanssa, ni silloin lähetti.

Jotkut haastatelluista taas perustelivat kielteistä asennoitumistaan kuntoutuslaitoshoidoihin sillä, että he katsoivat edistyneensä toipumisessaan riittävän pitkälle eivätkä niitä enää tarvinneet:

L: Sie et oo sitten oikeastaan meidän tuntemisen aikana ollu miun mielestä missään nois laitoksii eli kuntoutuslaitoksissa?

P: En miä oo ollukkaan. En.

L: Vaikka siitä on ollu puhetta aina silloin tällöin. Nythän sie et täs tilantees tarvi yhtään mitään laitoshoido, kun sul on kaikki ihan hienosti.

P: En. Miä oon paras laitos ku miä itelleni teen selväks että miä en juo.

Edellä olevista lyhyistä keskustelumatkista käy ilmi, että avohoito ei voinut heijastua kuntouttaviin laitoshoidoihin aina samalla tavalla, vaan jouduin joskus tukemaan laitoksiin pääsyä ja niissä pysymistä, joskus taas tehostamaan avohoidon enisistä. Laitoshoidon määräin ja jakaumiin vaikutti myös se seikka, että somaattisten ja psykiatristen sairaaloiden sisäänottokriteerit olivat erilaisia kuin sosiaalihuollon vastaavat kriteerit. Avohoidon ja laitoshoidon välisiä suhteita saattoi tutkiskella parhaiten potilaskohtaisten aikaruudukoiden avulla. Niiden perusteella oli havaittavissa useita projektin avohoidon alkamisen jälkeen tapahtuneita muutoksia, jotka vaikuttivat profiileihin yksilöllisin tavoin. Tällaisia olivat esimerkiksi reviiirin vaihtuminen päihdehuollosta psykiatrian puolelle, useassa eri laitoksessa tapahtuneiden hoitojen keskittyminen samaan laitokseen tai useiden ensiapuluonteisten hoitojen korvautuminen kuntouttavilla hoidoilla. Projektin avohoito aiheutti kuitenkin suoria heijastumia laitoshoidoihin vain harvoin, lähinnä kriisitilanteissa, muut heijastumat vaikuttivat epäsuorilta ja saattoivat johtua myös potilaiden saamasta muusta hoidosta.

Lähes kaikki lopputarkastuksissa haastatellut potilaat sanoivat spontaanisti huomanneensa, että toipuminen on itsestä kiinni. Oivaltaminen oli heidän kertomansa perusteella ollut hiljainen,

mieleen painunut kokemus. Eräs potilas kuvasi tapahtumaa näin:

P: Niin, niin, mutta tiedätkö ... kun joku sanoo, että kun tulee uskoon, että niin vaan kun kolahti päähän. Ylämäkee, tultiin lenkiltä, ruokailuun, se vaan alkoi niin kuin valkeneen.

L: Kolahdushan voi tulla, vaikka on koko ajan ollut tunne, kuinka tärkeää se on.

P: Niin niin, että alkoi vähän, siinä lenkillä.

L: Se tapahtui vuoden alkupuolella?.. Jossain. ...?

P: Jotkus ennen joulua vissiin, vai joulun jälkeen.

L: Jotain sitä luokkaa. Siitäkö alkoi vasta sitten se todellinen ... työ?

P: Niin, niin. Jotain siinä puhuttiin kaikkea, ei meitä montaa ollutkaan, olikohan siinä kolme hoitajaa ja joitakin muita... siinä vaan porukassa käveltiin sitä mäkeä ylös... vähän hankala selittää... en muista mistä me oikein puhuttiin.

L: Mikä sen silloin toi? Oliko se vain se, että kaksi kuukautta oli kulunut?

P: Ei... niinkuin siinä kaikkea vaan alkoi ajattelemaan, että miksei tässä nyt voisi oikein tosissaan yrittääkin, että ... kun nyt kuukausi meni vähän silleen, käveleen opettellessa ja kiroillessa siinä... vähän niin kuin muita hätistellessä, että alkääs nyt jelpikö siinä. Toinen kuukausi meni vähän niin kuin haistellessa siinä, että jaa... mitähän tää nyt oikein on. Mutta sitten kun alkoi olla niitä selviä päiviä, niin...

L: Se oli kuitenkin siinä vaiheessa sinulle ihan välttämätön pääsy minun mielestä sinne laitokseen. Tuskin olisit tässä enää ylimalkaan, jos et olisi silloin päässyt.

P: En, eiköhän se olisi kääntynyt kiven alle.

Edellä mainittu kertomus koski laitoshoidon aikana syntyneitä oivalluksia. Sellainen saattoi tulla myös yksin ollessa, kotona, kuten seuraava katkelma osoittaa:

P: Sillon tuli, tuli sellain tunne enskertaan mulle, että vois olla mahdollist tai ainakin vähentää tai pitempiä jaksoja tulla.

L: Mmm. Tapahtuko siinä jotakii erikoista vai tuli-ko se vaan?

P: No se tuli vähä niinku, oikeestaan yllättäen mulle ku en pystyn syömää enkä pystyn juomaa, sit miä ... Tää nyt poikkeaa asiast, mut kattelin ku siin mun ikkunalla on sellanen vanha mänty, mis on latva laho ja oksat työntyy sivulle, miä oon selviä kausii seurannu sitä ja ...

L: Nii-i.

P: Että elämähän niilläkin on puilla, ne on solui.

L: On, on.

P: Ja vertasin omaa elämää, että jos tulee vaikeuksii, ni ne kaikki työnnetään aina sivulle ...

Vaikka lopputarkastusten aikaan useimpien potilaiden kokonaistilanne oli parempi kuin alussa, oli kaikille potilaille jäänyt kuitenkin pysyviä vaurioita ja niitä oli tullut lisää verrattuna lähtötilanteisiin. Kukaan potilaista ei ollut säännöllisessä työssä avohoitoa aloitettaessa eikä silloin, kun tapasin heitä viimeksi. Työkyvyn saavuttaminen ei

osoittautunut realistiseksi tavoitteeksi. Arviointiprosessit yksittäisten potilaiden kohdalla saattoivat kestää vuosikausia, ja niiden kuluessa lisälausuntoja edellytettiin ja saatiin yleensä psykiatrian taholta. Niillä potilailla, joilla arviointi sujui koh- tuullisen nopeasti, selkiinnyttivät myönteiset päätökset kokonaistilannetta, vointi parani ja päihdekäyttö väheni. Kielteiset tai ennalta arvaamat- tomat ratkaisut aiheuttivat voimakasta reagoin- tia, ja myöhemmät vaiheet kääntyivät huonom- paan suuntaan. Lopputarkastuksiin osallistuneis- ta 11 potilaasta oli pysyvä eläke seitsemällä poti- laalla ja kahden potilaan kohdalla lausuntojen kä- sittely oli vielä kesken.

Lopuksi

Ymmärrän työni ydinkysymykseksi sen, onko yleislääkärin mahdollista rakentaa psykiatrin us- kollisella tuella pitkäjänteisiä potilas-lääkärisuh- teita lääkeongelmaisten alkoholistien kanssa, ja jos niin on, ovatko ne samanlaisia kuin nuo suh- teet yleensäkin. Vastaan tähän empimättä, että hoitosuhteet ovat paitsi mahdollisia myös mie- lenkiintoisia ja antoisia. Niissä on paljon samoja piirteitä kuin minkä tahansa muun pitkäkestoisen sairauden kohdalla. Muutamat peruseroavaisuu- det täytyy lääkärin kuitenkin hyväksyä, sillä muu- ten työstä tulee episodeihin keskittyvää, mikä se- kin on toki hyödyllistä ja parempi vaihtoehto kuin näiden potilaiden torjuminen kokonaan.

Mitä nuo erityispiirteet ovat ja kuinka niihin tulisi suhtautua? Ensiksikin nämä potilaat vievät paljon aikaa. Se voi koetella kärsivällisyyttä, mut- ta oikoteitä hoitosuhteeseen ei yleensä ole. Työ edellyttää kiinnostusta sosiaalilääketieteeseen ja osoittaa nopeasti, kuinka monisyisiä potilaiden ongelmat ovat ja kuinka yksipuoliseksi hoito muodostuu, jos lääkäri pitäytyy ainekeskeisessä ajattelutavassa. Mikäli yhteistyöhön päädytään, on eduksi laatia siitä sopimus, johon molemmat sitoutuvat. Sopimus kannattaa muotoilla riittä- vän joustavaksi ottamaan huomioon kummankin osapuolen reaaliset mahdollisuudet ja paikalliset olosuhteet. Tapahtumat on syytä kirjata ja doku- mentoida huolellisesti, sillä niitä tulee olemaan paljon, eikä kumpikaan voi niitä myöhemmin muuten muistaa varmasti. Toiseksi on varaudut- tava siihen, että tulee kohtaamaan epäluuloja ja vastustusta. Päihdealaa ei vielä kukaan priorisoida Suomessa kovin korkealle, joskin tilanne on siinä

suhteessa murrosvaiheessa. Kolmanneksi kannattaa pyrkiä prosessinomaiseen työskentelyyn. Siihen kuuluu neutraali ja ennakkoluuloton alku, jolloin kaoottisen tuntuista kokonaistilannetta ryhdytään jäsentämään. Sitten seuraa tiiviimmän vuorovaikutuksen vaihe. Käynnistetyistä tutkimuksista tulee tuloksia, ja potilas tarvitsee paljon tukea. Erkaantuminen yhteistyöstä tapahtuu vähitellen, ja sen jälkeen potilas on parhaassa tapauksessa itsenäistynyt suhteessaan lääkärin apuun. Prosessin kesto riippuu lähtötilanteen vaikeusasteesta, ja se voi vaihdella muutamasta kuukaudesta useaan vuoteen saakka. Jos potilas-lääkärisuhde jatkuu muissa merkeissä, ehdotan pidättäytymistä muistuttamisesta ja varoitte- lusta. Luottosuhteen laatu tulee lopullisesti testatuksi vasta siinä vaiheessa. Jos se oli hyvä, potilas ottaa tarvittaessa itse uudelleen puheeksi päihdeongel- mansa. Silloin lyhytkin neuvottelu ja aikaisem- pien kokemusten kertaaminen voivat olla suurek- si avuksi.

Hoitosuhteiden aikana havaitsin, että tutki- muspotilaiden taustalta löytyi usein kroonista ah- distuneisuutta. Siitä voitiin keskustella vasta rau- hallisessa ilmapiirissä ja pitkän yhteistyön jälkeen. Oireyhtymä sopi parhaiten vanhan psykiatrisen tautiluokituksen mukaiseen yleistyneen tuskai- suuden kriteereihin (Lääkintöhallitus, 1991) ja uuden psykiatrisen tautiluokituksen mukaiseen yleistyneen ahdistuneisuushäiriön kriteereihin (Suomen Psykiatriyhdistys, 1997). Näitä diag- nooseja tai muitakaan ahdistuneisuuteen viittaa- via diagnooseja ei esiintynyt lainkaan poisto-/hoi- toilmoitusten koodeissa, joten potilaista sai tässä suhteessa erilaisen kuvan avohoidossa kuin lai- toksissa. Pitkäkestoisen irrationaalisen ahdistu- neisuuden lääkehoidon psykologisista näkökoh- dista on julkaistu erinomaisen käytännönlähei- nen artikkeli (Nagy 1988), josta löysin paljon so- vellettavaa omaan työhöni ja josta en vielä- kään vaihtaisi yhtään sanaa.

Jouduin työssäni toimimaan sosiaali- ja tervey- denhuollon raja-alueella ja monessa muussakin suhteessa välimaastossa, perusterveydenhuollon ja erityistason, lääketieteen eri erikoisalojen, hoidon ja kuntoutuksen sekä avohoidon ja laitoshoidon välimaastossa. Näinhän tutkittavat potilaanikin liikkuvat, ja tällainen työtapo oli tarpeen juuri siitä syystä. Samalla havaitsin, että toipuminen kroonisesta sekakäytöstä ilman mitään hoitoa oli harvinaista, ellei peräti mahdotonta. Toipuminen ja kuntoutuminen tapahtuivat hitaasti, usein aal-

tomaisesti, ja jokaiselle potilaalle täytyi räätälöidä yksilöllinen, vaihteittain etenevä suunnitelma. Ko- konaishoidossa tarvittiin aineksia kaikista palve- lujärjestelmistä, mutta revii-rien merkitys painot- tui eri tavalla eri potilailla ja toipumisen eri vai- heissa. Mikään yksittäinen hoitopaikka tai ku- kaan yksittäinen työntekijä ei voinut ratkaista kaikkia sekakäyttäjien hoidollisia pulmia.

Työni toi esille sen välttämättömän ja potilai- den itsensäkin toivoman seikan, että jonkin hoi- totahon täytyy huolehtia seurannasta ja koota tie- dot yhteen paikkaan, sekä myös sen, että jonkin tahon puuttuminen yhteispelistä voi tuottaa han- kaluuksia. Omat taustani ja identiteettini muo- dostivat pysyvästi yleislääkärin näkökulman, ja sen vuoksi haluan kiinnittää erityistä huomiota perusterveydenhuollon lääkäreiden osuuteen päihdetyössä. Heihin kohdistuu odotuksia siihen suuntaan, että heidän tulisi osallistua huumetyö- hön enemmän kuin ennen. Omien kokemusteni kautta huomasin, että alkoholisekakäyttäjien on- gelmiin perehtyminen toimi hyvänä porttina ja kimmokkeena laaja-alaisempaan päihdetyö- hön. Suomessa on monia kansainvälisesti arvost- tettuja päihdealan huippuosajia, kirjallisuutta on hyvin paljon ja koulutustarjonta on vilkasta. Tie- toa siis on, mutta kuinka lieene asenteiden laita? Perusterveydenhuollon lääkäreiden asenteita al- koholihaittojen sekundaaripreventioon on tutkit- tu kotimaisessa väitöskirjassa (Aira 2000), josta saa hyvän kuvan siitä, kuinka terveyskeskuslääkä- rit suhtautuvat alkoholiongelmaisiin potilaisiin. Useimmat haastatelluista 35 lääkäristä olivat kiin- nostuneita yhteistyöstä erityistason kanssa, mutta julkaistut haastattelujen katkelmat viestivät epä- varmuutta omien kykyjen ja mahdollisuuksien suhteen. Itse asiassa mielipiteet olivat säilyneet yl- lättävän samanlaisina kuin Juhani Lehdon tutki- muksessa kymmentä vuotta aikaisemmin, joten rohkaistumisen varaa tuntuu olevan. Olen kui- tenkin pannut merkille, että kun joku lääkäri voit- taa mahdolliset aiemmat ennakkoluulonsa päih- detyötä kohtaan ja ylittää kynnyksen lähteä tosi- tarkoituksella mukaan, hän hyvin harvoin enää vaihtaa sen jälkeen alaa vaan jatkaa tavalla tai toi- sella tämän kiinnostavan aiheen parissa.

Sain matkan varrella runsaan kymmenen vuo- den aikana eri tahoilta lukuisia kirjallisia arvioin- tilausuntoja tutkimushankkeistani. Keskeisenä kritiikin aiheena oli tutkimuspotilaiden pieni määrä. Tutkittavat potilaat olivat myös liian vali- koimaton ja heterogeeninen joukko, ja verrok- it

puuttuivat kokonaan. En onnistunut toteuttamaan tutkimussuunnitelmaa alkuperäisessä muodossaan, ja tutkimuksen tavoitteiden toteutumisen arviointi oli hapuilevaa. Toisaalta nähtiin tärkeäksi perehtyä ennakkoluulottomasti ja pitkäjänteisesti vaikean, yleisen ja määrältään kasvavan, muista hoitojärjestelmistä syrjäytyneen potilasryhmän auttamiseen.

Vastaan kriitikoille huumenuoria tutkineen Markku Heinosen (1989, 12) sanoin: ”Tutkimusmenetelmät kehittyivät projektin myötä ja tilanteet etenivät usein niiden omalla painolla, satumanvaraisesti. Tutkijan tehtävänä oli elää mukana tilanteissa, sopeutua niihin ja pyrkiä mukauttamaan menetelmänsä kuhunkin hetkeen sopivaksi.” Viime vuosina on alettu antaa lisäänty-

TIIVISTELMÄ

Eeva-Liisa Pesola: Kokemuksia päihteiden sekakäyttäjien hoidosta

Päihteiden sekakäyttö on vaikeasti määriteltävissä ja hoidettavissa oleva päihdekäytön muoto, joka on Suomessa yleinen ja lisääntyy edelleen. Kirjoituksessa kuvataan yleislääkärin ja psykiatrin yli 12 vuotta kestäneen yhteistyön aikana kertyneitä kokemuksia ongelmallisesti bentsodiatsepiinilääkkeitä käyttäneiden 21 alkoholistipotilaan hoidoista. Osalla potilaista oli lisäksi myös huumeiden käyttöä. Työ jakautui kahteen osaan. Tutkittujen potilaiden avohoitoprojekti toteutettiin vuosina 1991–1997, ja sen jälkeen selvitettiin samojen potilaiden laitoshoidoja vuosilta 1987–1997. Tavoitteena oli kartoittaa ja kuvata näiden potilaiden ominaisuuksia ja vaiheita pitkäjänteisten potilas-lääkärisuhteiden kautta sekä etsiä aiempaa systemaattisemman avohoidon mahdollisia heijastumia potilaiden laitoshoitoihin.

KIRJALLISUUS

- AIRA, MARJA: Alkoholihaittojen sekundaaripreventio terveyskeskuksessa – lääkärin näkökulma. Kuopio: Kuopio University Printing Office, 2000
- HEINONEN, MARKKU: Käyttäjä kohtaa kontrollin. Helsinki 1989
- HOLOPAINEN, ANTTI: Sekakäyttö. S. 446–452. Teoksessa: Salaspuro, Mikko & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim, 2003
- HUTTUNEN, MATTI O.: Kuka on alkoholisti? S. 148–150. Teoksessa: Kiianmaa, Kalervo & Ylikahri, Reino (toim.): Alkoholit – vaikutukset elimistön ja terveyteen. Helsinki: Oy Alko Ab, 1987
- HUTTUNEN, MATTI O.: Lääkeaddikti lääkärin vastaan-

vässä määrin painoarvoa hiljaiselle tiedolle. Se oli omankin työni pääasiallista sanomaa. Hiljaisesta tiedosta on julkaistu paljon kiinnostusta herättäneet kotimaiset tutkimukset sekä terveydenhuollosta (Nurminen 2000) että sosiaalihuollosta (Ylikarukka 2000). Vetoan myös kertomuksellisuuteen eli tarinallisuuteen, jonka toivotaan Suomessakin tekevän tuloaan lääketieteeseen (Karjalainen & Kotkavirta 2001). Tässä viitteenä olevan artikkelin mukaan kertomuksilla on kyky yhdistää juonirakenteeseen sidottuja objektiivisia tapahtumia ja subjektiivisia kokemuksia ajalliseksi kokonaisuudeksi. Tieto voi näinkin olla täsmällistä ja luotettavaa. Yksittäisiä potilaita koskevia kertomuksia vastaavaa tietoa ei voida saavuttaa biolääketieteessä millään tilastollisilla menetelmillä.

Päihteiden sekakäyttäjiä kohdataan monissa palvelujärjestelmissä. Heidän hoitonsa edellyttää eri tahojen yhteistyötä ja tietojen koordinoitua. Yksilölliset eroavaisuudet ovat erittäin suuria, ja hoitoja suunniteltaessa joudutaan tämä seikka ottamaan huomioon. Krooninen, vaikea-asteinen sekakäyttö on hengenvaarallinen tila, johon liittyy syrjäytymistä ja työkyvyn menetyksiä. Päihdepsykiatriasta ja sosiaalilääketieteestä kiinnostunut yleislääkäri voi osaltaan vaikuttaa sekakäytön ehkäisyyn ja hoitoon rakentamalla riittävän pitkäkestoisia tukea antavia hoitosuhteita, joiden aikana potilaiden moniongelmaisuuksia voidaan jäsentää ja jotka johtavat vähitellen potilaiden omien voimavarojen kasvamiseen ja käyttöönottoon. Tässä esitetyssä työssä kuvataan useita osa-alueita, joissa käytännön lääkärin oli mahdollista hoitoon puuttumalla kääntää kehityskulkua suotuisampaan suuntaan. Niitä olivat ennen kaikkea kriisitilanteiden hoito, diagnostiikan täsmäyttäminen, lääkkehoidollinen yhteistyö ja työkyvyn arviointi.

otolla. Duodecim 105 (1989): 9, 856–863

- HUTTUNEN, MATTI O.: Neuropsykiatrinen perustutkimus ja psykoterapiat. S. 49–55. Teoksessa: Huttunen, Matti & Iivanainen, Matti & Partinen, Markku & Taipale, Ilkka (toim.): Neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim, 1993
- HUTTUNEN, MATTI O.: Tunnetilat – silta kehon ja mielen välillä. Duodecim 113 (1997): 14, 1385–1391
- KARJALAINEN, KERKKO & KOTKAVIRTA, JUSSI: Narratiivinen lääketiede. Mitä se on ja miksi se on tärkeää? Suomen Lääkärilehti 56 (2001): 49–50, 5138–5141
- KLIINISTEN LABORATORIOTUTKIMUSTEN LAADUNTARKKAILU OYN ENSYMYTYÖRYHMÄ: Suomessa siirrytään yhteiseurooppalaisiin menetelmiin seerumin

- aspartaattiaminotransferaasin (ASAT), alaniiniaminotransferaasin (ALAT), gammaglutamyyli-
litransferaasin (GT) ja kreatiinikinaasin (CK) akti-
viteettien määrittämisessä. Suomen Lääkärilehti 46
(1991): 6, 493
- KORTE, TAIMI & HEINÄLÄ, PEKKA & SEPPÄLÄ, TIMO &
STRÖMBERG, CHRISTER: Kokemuksia päihde-
seulonasta huumevieroitushoidon tukena. Suo-
men Lääkärilehti 45 (1990): 12, 1141–1146
- LEHTO, JUHANI: Juoppojen professionaalinen auttami-
nen. Helsinki 1991
- LÄÄKINTÖHALLITUS: Mielenterveyden häiriöiden diag-
nostinen ja tilastollinen ohjeisto DSM III R. Hel-
sinki 1991
- NAGY, ADAM: Psychological Aspects on Pharmacolog-
ical Treatment of Anxiety. P. 121–131. In: Phar-
macological Treatment of Anxiety. Sweden, 1988
- NURMINEN, RAIJA: Intuitio ja hiljainen tieto hoito-
työssä. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskes-
kus, 2000
- PESOLA, EEVA-LIISA: Yleislääkärin päihdetyö. Koke-
muksia vuosilta 1977–1996. Kunnallislääkäri 13
(1997): 1, 20–26
- RIMPELÄ, MATTI & HERMANSON, TERHI & MARTTILA,
ANTTI: Lääkkeiden määrääminen ja lääkemääräyk-
set: Valvonnan kokemuksia PKV-lääkkeiden mää-
rämisestä. Suomen Lääkärilehti 48 (1993): 6,
490–494
- SALMELA, REIJO: Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoil-
moitusjärjestelmä vuonna 1996. Suomen Lääkäri-
lehti 51 (1996): 6, 595–597
- SINTONEN, HARRI & PEKURINEN, MARKKU: 15D – as-
kel kohti yleistä terveyteen liittyvän elämänlaadun
mittaria. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 26
(1989), 85–96
- SUOMEN PSYKIATRIYHDISTYS. DSM-IVR S. 87 &
122–123. Diagnostiset kriteerit. Finnreklama Oy,
1997
- TÄHKÄ, VEIKKO: Potilas-lääkärisuhde. Helsinki 1986
- VIITALA, KATJA & LÄHDESMÄKI, KAIJA & NIEMELÄ,
ONNI: Comparison of the Axis %CDT TIA and
the CDTest method as laboratory tests of alcohol
abuse. Clinical Chemistry 44 (1998): 6, 1209–
1215
- YLIRUKA, LAURA: Sosiaalityön itsearviointi ja hiljainen
tieto. Helsinki: Stakes, 2000.